



**DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION**  
**255 EPPERLE LANE**  
**AUBURN, CA 95603**  
**TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170**

# INFORMACIÓN SOBRE CONVULSIONES (ACTUALIZACIÓN ANUAL)

Estimado Padre/Tutor:

Ayúdenos a actualizar el plan de atención médica del estudiante, al completar este formulario. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Jenny Serrano, enfermera del distrito (jserrano@auburn.k12.ca.us).

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Año escolar:
Escuela:	Grado:	
Neuróloga del estudiante:		
Médico de atención primaria del estudiante:		
¿Ha habido algún cambio en los patrones/actividad de convulsiones de su hijo/a en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor explíquelo:		
¿Algún cambio en los medicamentos de su hijo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D Si es así, por favor enumere los medicamentos actuales:		
Fecha de la última convulsión de su hijo/a:		

PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS EN CASO DE CONVULSIONES	
¿Qué tipo(s) de convulsiones tiene su hijo/a?	A continuación, se muestra el protocolo estándar de primeros auxilios para convulsiones. Si desea diferentes intervenciones, indíquelo en el espacio provisto a continuación.
<input type="checkbox"/> Ausencia	Registrar en el registro de eventos de convulsiones Estar atento a los patrones o aumento de ocurrencia. Observar por seguridad.
<input type="checkbox"/> Complejo parcial con alteración de la conciencia	Registrar en el registro de eventos de convulsiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tomar el tiempo del evento.</li> <li>Mantener la calma y hablar en voz baja.</li> <li>Alejar de objetos potencialmente peligrosos como mesas, sillas y puertas.</li> <li>Ayudar a recostarse si es necesario.</li> <li>Permitir vagar en un área contenida.</li> <li>No limitar.</li> <li>Otro _____</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Convulsiones tónico-clónicas generalizadas o tónicas con pérdida de conciencia y tonos altos o movimientos bruscos	Registrar en el registro de eventos de convulsiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tomar el tiempo del evento.</li> <li>Ayudar al alumno a recostarse.</li> <li>Colocar al alumno de costado.</li> <li>Monitorear la respiración y vía aérea.</li> <li>Observar movimientos.</li> <li>Amortiguar y proteger la cabeza.</li> <li>Retirar objetos de brazos o piernas.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>NO limitar.</li> <li>NO poner nada en la boca.</li> <li>Permanecer con el estudiante hasta que esté completamente consciente</li> <li>Registrar en el registro de eventos de convulsiones.</li> <li>Si se producen vómitos durante un ataque convulsivo, llame a la enfermera de la escuela o al 911.</li> <li>Otro _____</li> </ul>



**DISTRITO ESCOLAR AUBURN UNION**  
**255 EPPERLE LANE**  
**AUBURN, CA 95603**  
**TELÉFONO 530.885.7242 FAX 530.885.5170**

**INFORMACIÓN SOBRE CONVULSIONES**  
**(ACTUALIZACIÓN ANUAL)**  
**(CONTINUACIÓN)**

**PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS EN CASO DE CONVULSIONES (continuación)**

En el caso de que mi hijo/a tenga un ataque en la escuela, me gustaría que ocurrieran las siguientes intervenciones:

**PROTOCOLO DE EMERGENCIA EN CASO DE CONVULSIONES**

A continuación, se encuentra el protocolo de emergencia estándar para casos de convulsiones, indique sus instrucciones en los espacios a continuación. Si desea diferentes intervenciones, indíquelo en el espacio provisto.

- Notificar a los padres si la convulsión dura más de \_\_\_\_\_ minutos.
- Ponerse en contacto con la oficina de salud/principal.
- Debe haber personal capacitado disponible durante las salidas comunitarias para primeros auxilios en caso de convulsiones.
- Si el estudiante tiene una sola convulsión \_\_\_\_\_ que dura más de \_\_\_\_\_ minutos, o tiene una convulsión tras otra sin recuperar la conciencia, EL PERSONAL DEBE LLAMAR AL 911.
- LLAMAR AL 911 si hay compromiso respiratorio sin una recuperación adecuada a pesar de seguir el plan de manejo respiratorio específico del estudiante O si existe la preocupación de que la convulsión sea inusual.

En el caso de que mi hijo/a tenga una emergencia de convulsiones en la escuela, me gustaría que ocurrieran las siguientes intervenciones:

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por su asistencia. La enfermera del distrito revisará esta información y desarrollará un plan de acción personalizado en caso de convulsiones para el estudiante. Se le enviará este plan para que lo revise y apruebe antes de enviarlo al personal escolar apropiado

FOR OFFICE USE ONLY		
Date Rec:	F/U Needed: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	SAP : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No